

“Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patientinnen und Patienten”

Das Förderprojekt “Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patientinnen und Patienten” ist eines von insgesamt 10 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Modellprojekten zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung mit dem Schwerpunkt “Benchmarking in der Patientenversorgung” verschiedener medizinischer Fachbereiche (www.lernen-vom-besten.de). Der Projektträger ist die Gesundheitsforschung im Deutschen Institut für Luft- und Raumfahrt (DLR) in Bonn.

An diesem Projekt beteiligen sich bundesweit 12 Mukoviszidose-Einrichtungen (Projektverbund), die rund 1.100 Patienten/innen ambulant und stationär versorgen. Dabei ist fest zu halten, dass durch erhebliche Fortschritte bei der multidisziplinären Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen in den letzten Jahren neben Kindern und Jugendlichen immer mehr Erwachsene betreut werden müssen.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt in dem Zeitrahmen vom 01.07.2004 – 30.06.2007.

Die Projektkoordination und das Projektmanagement erfolgen über das ZQ.

Ansprechpartner:

Nadja Niemann
Email: nadja.niemann@zq-aekn.de
Tel. 0511-380-2525

Paul Wenzlaff
Email: paul.wenzlaff@zq-aekn.de
Tel. 0511-380-2111

Begriffserklärung: Benchmarking

(Quelle: GMDS Arbeitsgruppe in der Medizin; In: Informatik Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie, Bd. 34, Heft 1/2003, S. 1-64)

“Benchmarking ist der kontinuierliche Prozess, Produkte, Dienstleistungen und Praktiken gegen den stärksten Mitbewerber oder die Firmen, die als Industrieführer angesehen werden, zu messen.”

“Man unterscheidet drei Arten von Benchmarking:

- 1. internes Benchmarking, Vergleich innerhalb eines Unternehmens*
- 2. wettbewerbsorientiertes Benchmarking, Vergleich mit dem direkten Wettbewerber bezüglich des gleichen oder ähnlichen Produktes*
- 3. funktionales Benchmarking, Vergleich mit den Klassenbesten, die einen Prozess, ein Produkt oder eine Dienstleistung unabhängig von der Branche hervorragend beherrschen.*

Benchmarking-Projekte können demzufolge zwischen Einrichtungen gleicher oder ganz unterschiedlicher Branchen durchgeführt werden. Je weiter in einer Benchmarkinggruppe, die sich zum Zwecke des gemeinsamen Lernens zusammengetan hat, die jeweils eigenen Vorgehensweisen und Ergebnisse offengelegt werden, um so höher ist der Lerneffekt für die Teilnehmer. Daher sind Benchmarkinggruppen von nicht direkt konkurrierenden Einrichtungen oft produktiver. Von den Besten wird erwartet, dass sie Einblick in Ihre eigenen Lösungen gestatten. Dafür erhalten sie einen Bekanntheitsgrad in B. auf ihre gute Leistung.”

Beteiligte Ambulanzen und Ansprechpartner

Tübingen Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Prof. Dr. Martin Stern
[\[Zur Homepage der CF-Ambulanz...\]](#)

Berlin Christiane-Herzog-Zentrum
Dept. Lungenklinik Heckershorn
Helios Klinikum
Dr. Doris Staab

Hannover Medizinische Hochschule Hannover
Kinderklinik
CF-Ambulanz
Dr. Manfred Ballmann

Hannover Medizinische Hochschule Hannover
Abt. für Pneumologie
CF-Ambulanz für Erwachsene
Prof. Dr. Welte

Homburg/Saar Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Abt. für allgemeine Pädiatrie Mukoviszidose-Zentrum
Prof. Dr. Gerd Dockter

Köln Klinikum der Universität zu Köln

Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin –
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Dr. Ernst Rietschel

Frechen CF-Ambulanz
Dr. Peter Tinschmann

Mainz Klinikum der Johann-Gutenberg-
Universität, Kinderklinik Pädiatrische
Allergologie/Pneumologie und CF-Ambulanz
Dr. Wolfgang E.S. Kamin

Worms Stadt Krankenhaus Worms gGmbH
Kinderklinik
Prof. Dr. Heino Skopnik

München Medizinische Klinik Pneumologie
Dr. Rainald Fischer

Neubrandenburg Klinik für Kinder und
Jugendliche
Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg
Prof. Dr. H.J. Feickert

Greifswald Ernst-Moritz-Arndt Universität
Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendmedizin
PD Dr. S. M. Schmidt

Osnabrück Kinderhospital Osnabrück
Allergologie, Diabetologie, Pneumologie
Dr. med. R. Szczepanski

Projektleitung

Dr. Brigitte Sens
Zentrum für Qualität und Management im
Gesundheitswesen (ZQ), Ärztekammer
Niedersachsen, Hannover

Medizinisch-klinische Projektleitung

Prof. Dr. Martin Stern
Universitätsklinik für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin, Tübingen

CFQ-Lebensqualität (Fragebogen)

Dr. Doris Staab
Christiane-Herzog-Zentrum
Dept. Lungenklinik Heckershorn
Helios Klinikum, Berlin
EDV-Support

Iris Bergmann
Universitätsklinik für Kinderheilkunde und
Jugendmedizin, Tübingen

Projektmanagement und Projektkoordination

Paul Wenzlaff
Nadja Niemann
Zentrum für Qualität und Management im
Gesundheitswesen (ZQ), Ärztekammer
Niedersachsen, Hannover

Konzept

Projektbasis

Das Modellprojekt “Benchmarking bei der
Versorgung von Mukoviszidose-Patientinnen
und Patienten” ist eines von 10 geförderten
Modellprogrammen des Bundesministeriums für
Gesundheit (BMG) mit dem Schwerpunkt
“Benchmarking in der Patientenversorgung”. Mit
diesen Modellvorhaben sollen innovative
Maßnahmen zur Verbesserung der
Versorgungsqualität entwickelt werden, die
sowohl auf den stationären wie auch auf den
ambulanten Bereich übertragen werden können.
Dadurch soll eine routinetaugliche und damit
praxisnahe Benchmarkingstrategie, also “Lernen
von den Besten”, etabliert werden.

Projektentstehung und Projektteilnehmer

Die multidisziplinäre Behandlung von
Mukoviszidose-Patientinnen und Patienten hat
in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte
insbesondere in der steigenden
Lebenserwartung und der verbesserten
Lebensqualität gezeigt. Dennoch sind
unterschiedliche Versorgungsergebnisse und
Verbesserungsmöglichkeiten aufgrund neuer
medizinischer Erkenntnisse und
Therapiefortschritte in einzelnen Ambulanzen
erkennbar, die für die Versorgungsstruktur der
Mukoviszidosekrankheit (Synonym Cystische
Fibrose, CF) Konsequenzen nach sich ziehen.
Seit 1995 existiert in Deutschland das Projekt
“Qualitätssicherung Mukoviszidose” mit einer
kontinuierlichen Datenerfassung und dem damit
verbundenen Ziel, die Lebensqualität zu
steigern und die Versorgung von Patientinnen
und Patienten mit Mukoviszidose zu verbessern.

Aus diesen Erfahrungen heraus hat sich auf Initiative von Herrn Prof. Dr. M. Stern, Universitätsklinik für Kinderheilkunde in Tübingen, ein Verbund von bundesweit 11 Ambulanzen aus 8 Bundesländern zusammengeschlossen, um sich über einen Zeitraum von drei Jahren intensiv mit dem Thema "Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patientinnen und Patienten" auseinander zu setzen. Der Projektzeitrahmen erstreckt sich vom 01.07.2004 bis 30.06.2007. Nach der Öffnung des Förderprojektes im Herbst 2006 ist eine weitere Ambulanz, das Kinderhospital Osnabrück zu der Projektgruppe dazugestoßen, so dass sich seit 2007 12 CF-Ambulanzen beteiligen.

Zielsetzung

Das Ziel des Modellprojektes ist in erster Linie die Verbesserung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen. Im Projektverbund wurden konsentiertere und etablierte Outcome-Benchmarks identifiziert und festgelegt, die für den Leistungsvergleich aller beteiligten Mukoviszidose-Ambulanzen herangezogen werden. Das Managementinstrument Benchmarking erreicht durch zielgerichtetes, kontinuierliches "Lernen von den Besten" basierend auf einem kriteriengebundenen Vergleich eine Qualitätsverbesserung. Als Benchmarks werden etablierte und evaluierte klinische Ergebnisparameter verwendet. Die konsequente und systematische Auseinandersetzung mit Hilfe des ergebnisorientierten Benchmarkings ermöglicht aus dem Erkennen von Stärken und Verbesserungspotentialen eine Ableitung von Maßnahmen, die Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung forciert. Das Benchmarking-Verfahren wird über den PDCA-Zyklus nach Deming validiert und soll anschließend in die Praxisroutine übernommen werden.

Langfristig werden also aufgrund der abgeleiteten Maßnahmen und Resultate des Benchmarking-Ansatzes

Qualitätsverbesserungen in Leitlinien, Behandlungspfaden und einrichtungsübergreifenden Versorgungsstrategien und damit in das bundesweit etablierte

"Qualitätssicherungsverfahren Mukoviszidose" einfließen.

Vorgehensweise

Die am Benchmarking-Projekt beteiligten bundesweit 11 seit 2007 12 Mukoviszidose-Ambulanzen betreuen derzeit rund 1.100 Patienten/innen ambulant und stationär, das sind rund 17 % aller an Mukoviszidose Erkrankten in Deutschland. Aufgrund der Fortschritte und der Entwicklungen der vergangenen Jahre in Bezug auf die Behandlung dieses Patientenkreises, werden nicht mehr nur Kinder und Jugendliche versorgt, sondern zunehmend mehr Erwachsene. Noch vor Jahren war die Mukoviszidoseerkrankung eine rein pädiatrische Erkrankung.

Die Datenerhebung erfolgt ohne Vorauswahl der Patienten/innen mittels CFAS, einem Erhebungsinstrument aus der "Qualitätssicherung Mukoviszidose" (CFAS). Die Erhebung erfolgt anonym unter Berücksichtigung des Datenschutzes mit dem Verlaufsbogen, der Ergebnisdokumentation Stufe II. Aus diesen Daten wurden im Projektverbund 6 klinisch etablierte Outcome-Benchmarks (LSG/BMI, FEV1, MEF25/MEF75-25, Pseudomonas Infektion, IgG, Massivkomplikationen) ausgewählt. Erweitert und präzisiert wird die Aussagekraft der klinischen Ergebnisparameter durch die Erhebung der Lebensqualität von Mukoviszidose-Patienten/innen anhand eines international etablierten Fragebogens (Cystic Fibrosis Questionnaire, CFQ Henry et al.).

In regelmäßig stattfindenden Rankings werden die Ergebnisse der Datenerhebung offen und transparent durch alle Projektbeteiligten diskutiert. Dadurch wird das Ziel, die multidimensionale Auswirkung der Mukoviszidoseerkrankung und der Therapie auf die Lebensqualität der Patienten/innen zu erfassen, mittels Benchmarking systematisch verfolgt.

Die Gesamtgröße der am Benchmarking-Projekt beteiligten Mukoviszidose-Ambulanzen erlaubt aussagekräftige Vergleiche der jeweils erreichten Ergebnisqualität.

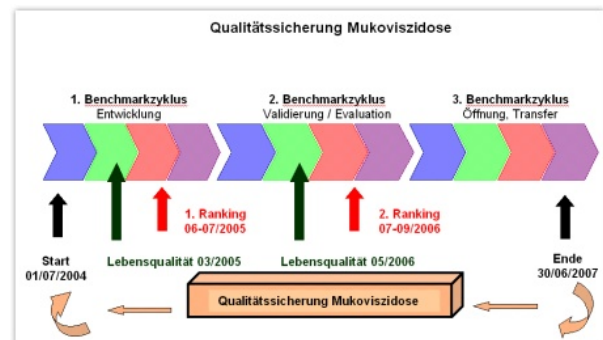
Projektumsetzung und Phasenverlauf

1. Benchmarking-Zyklus = "Entwicklung"

- Erarbeitung der Datengrundlage (auf Basis des bestehenden Patientenauswertungssystems CFAS),
- Festlegung der Qualitätsindikatoren (Vergleichsgrößen) für Ergebnisqualität gemeinsam im Projektverbund
- Datenerhebung
- Entwicklung eines methodischen Instrumentariums für die praxisrelevante Datenanalyse (klinische Qualitätsindikatoren, Lebensqualität, Versorgungsstrategien)
- -----> Basis für das offene Benchmarking = Ranking
- Ableitung qualitätsverbessernder Maßnahmen, ambulanzspezifischer Lösungen und Umsetzungsmöglichkeiten

- jährlich wiederkehrende Evaluation des entwickelten Benchmarking-Konzeptes
- Vorbereitung und Implementierung der Übertragung der Benchmarking-Ergebnisse in die Routineversorgung und damit in die „Qualitätssicherung Mukoviszidose“

Alle drei Benchmarking-Zyklen folgen jeweils dem phasischen Verlauf der Methodik des klassischen Managementzyklus "Plan-Do-Check-Act" nach Deming.



2. Benchmarking-Zyklus = "Validierung und Evaluation"

- Planung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen resultierend aus dem ersten Benchmarking-Zyklus
- erneute Datenerhebung der beteiligten Ambulanzen (CFAS, CFQ)
- Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit des in dem ersten Benchmarkingzyklus herausgearbeiteten Instrumentariums zur Datenanalyse (2. Ranking)
- -----> Validierung und Evaluation
- Überprüfung und Bewertung der Maßnahmen
- Ableitung qualitätsverbessernder, einrichtungsspezifischer Maßnahmen, ständiger Verbesserungsprozess
- Öffnung des Projektes für die Teilnahme weiterer interessierter Mukoviszidose-Ambulanzen

Meilensteine

- 1. Juli 2004 Offizieller Projektstart
- August 2004 Kick off Meeting in Hannover (Prof. Stern, Dr. Ballmann, P.Wenzlaff)
- September 2004 Treffen aller vom BMGS bundesweit 10 geförderten Benchmarking-Projekte in Bonn
- 4. November 2004 "Start-Treffen" aller 11 Projektteilnehmer/innen CF-Benchmarking in Würzburg
- 1. Quartal 2005 Datenerhebung mittels CFAS, sowie Lebensqualitätsbefragung mittels CFQ-Befragungsinstrumentes
- 7. Juni 2005 Erstes Rankingtreffen aller Teilnehmer/innen in Frankfurt/Main
- 2.+ 3. Quartal 2005 Datenerhebung, Datennacharbeitung und Datenaufbereitung in Zusammenarbeit der Ambulanzen mit dem ZQ

3. Benchmarking-Zyklus = "Wissenstransfer"

11. Oktober 2005 Drittes Projekttreffen in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt/Main, mit den Ambulanzeleitern/innen

4. Quartal 2005 Umsetzungsphase erster Maßnahmen und ambulanzindividueller Aufgabenpakete, Datenerhebung der Qualitätssicherung Mukoviszidose

1. Quartal 2006 Datenerhebung der Qualitätssicherung Mukoviszidose (CFAS Stufe II) sowie Beginn der erneuten Lebensqualitätsbefragung (CFQ)

04.04.2006 Viertes Projekttreffen in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt/Main, mit den Ambulanzeleitern/innen [mehr Informationen]

31.05.2006 Ende der Datenerhebungsphase für die CFAS-Daten Stufe II und der CFQ-Lebensqualitätsbefragung für den zweiten Benchmarking-Zyklus

Sommer 2006 Datenauswertung, Datenaufbereitung für das nächste Rankingtreffen

19.09.2006 Fünftes Projekttreffen

Herbst 2006 Protokoll-Aufgabenbearbeitung; weitere Berechnungen, Öffnung des Projektes, Veränderungen/Maßnahmen etc.

1. Quartal 2007 Fortlaufende Datenerhebung der Qualitätssicherung Mukoviszidose (CFAS Stufe II)

seit Februar 2007 Neuer Projektteilnehmer nach Öffnung Kinderhospital Osnabrück (Dr. R.Szczepanski)

17.04.2007 Sechstes Projekttreffen in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt/Main

Sommer 2007 Datenauswertung, Datenaufbereitung für das nächste Rankingtreffen

24.09-25.09.2007 Siebtes Projekttreffen + Qualitätskonferenz zusammen mit dem Mukoviszidose e.V., Vertretern der AGAM, Vertretern der Strukturkommission sowie interessierten Ambulanzvertretern in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt/Main

Dezember 2007 Beschluss über Fortführung des Benchmarking-Projektes mit weiteren Teilnehmern/innen gefördert durch den Mukoviszidose e.V. ab 2008

Projektende Abschlussbericht (Stand: 03/08)

22.02.2008 Fortführung Benchmarking Mukoviszidose: Vorbereitungstreffen in Tübingen

01.04.2008 Offizieller Start Fortführung Projekt "Benchmarking Mukoviszidose"

27.05.2008 Ersten gemeinsames Treffen der neuen Benchmarking-Gruppe in Frankfurt/Main (siehe Newsletter der QS Mukoviszidose 03/08)

Ergebnisse CF Benchmarking Mukoviszidose

Das Projekt "Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen" gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und betreut durch den Projektträger "Gesundheitsforschung Deutschen Institut für Luft- und Raumfahrt" wurde nach drei Jahren Projektlaufzeit erfolgreich abgeschlossen. Detaillierte Informationen zum Projektverlauf, zu den Ergebnissen und dem Fortführungsprojekt gefördert durch den Mukoviszidose e.V. finden Sie im Abschlussbericht. [[Download Abschlussbericht...](#)]

1. Plan-Do-Check-Act

Für das Mukoviszidose-Benchmarking-Projekt ist die stringente Umsetzung des PDCA-Zyklus nach Deming* (Plan-Do-Check-Akt) als unverzichtbares Projektsteuerinstrument angewendet worden. Dabei ist die Besonderheit, dass innerhalb der drei Jahre des

Modellprojektes mehrere PDCA-Zyklen durchlaufen wurden, in denen geschachtelt weitere steuernde „kleinere“ PDCA-Zyklen zur Überprüfung und Modifizierung der festgelegten Maßnahmen ablaufen sind.

(* Deming, W.E. (1986): Out of the Crisis. 2. Aufl., Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge/Mass./USA.)

In der Planungsphase wurden Projektziele festgelegt (wie z.B. die Konsentierung der Qualitätsindikatoren). (Plan = „Was wollen wir?“)

Diese wurden in der Erhebungsphase in den beteiligten Mukoviszidose-Ambulanzen zielgerichtet umgesetzt (z.B. vollständige und vollzählige Datenerhebung). (Do = „Wie machen wir es?“)

In der Phase des Leistungsvergleichs wurde die „best practice“ über die Diskussion der Ergebnisse ermittelt und gemeinsam nach der ambulanzspezifischen Übertragung der besten Arbeitsweise unter Berücksichtigung von gegebenen Strukturen und Prozessen gesucht. (Check = „Ist die Umsetzung gelungen?“)

In der Ausführungsphase wurden die abgeleiteten ambulanzspezifischen Maßnahmen, Strategien und Organisationsstrukturen umgesetzt. (Act = „Was müssen wir verbessern?“)

2. Interne Offenheit und Transparenz

Benchmarking funktioniert nur, wenn innerhalb der Gruppe eine vertrauensvolle Diskussionsbasis aufgebaut wird, die intern den absolut offenen und transparenten Umgang mit den Ergebnissen erlaubt. Dies ist ein langfristiger Prozess, der externe methodische Beratung, Betreuung und Moderation bedarf.

3. Qualitätsindikatoren und Datengewinnung

In der ersten Projekt-Phase wurden gemeinsam mit allen elf Projektteilnehmern/innen vergleichbare Qualitätsindikatoren ausgewählt (siehe unten), die im Rahmen des bundesweiten Qualitätssicherungsverfahrens Mukoviszidose ohnehin erfasst werden. Dadurch konnte der zusätzliche Dokumentationsaufwand gering gehalten werden.

Entwicklungs- und Ernährungsstatus (Längen-Soll-Gewicht bei Kindern, Body Mass-Index bei Erwachsenen)

Lungenfunktion (Einsekundenkapazität in % des Soll-Wertes FEV1, MEF25 sowie MEF75-25)

Infektionsstatus (Pseudomonas aeruginosa-Infektion, Serumimmunglobulin-G-Spiegel)

Komplikationen (massive Hämoptoe, Pneumothorax, akutes DIOS, pulmonale Globalinsuffizienz)

Lebensqualitätserhebung (CFQ-Lebensqualitätsbefragung, Cystic Fibrosis Questionnaire).

Es hat sich für die methodisch korrekte und qualitativ hochwertige Vergleichbarkeit der Qualitätsindikatoren als unverzichtbar herausgestellt, dass Festlegungen zur Erfassung und Dokumentation der Daten in den Einrichtungen, wie z. B. Häufigkeit der Dokumentation mit Mindestangaben, zu treffen sind.

4. Optimale Datenerfassung

Die zur Verfügung stehende Software wurde in drei Benchmarking-Zyklen sukzessive modifiziert und damit den Benchmarking-Ansprüchen angepasst.

5. Heterogenität der Teilnehmer/innen

Die heterogen zusammengestellte Modellgruppe setzt sich aus Kinderambulanzen, Erwachsenenambulanzen und gemischten Ambulanzen zusammen, damit möglichst viele verschiedene Arbeitsweisen zur Ableitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen herausgearbeitet werden können.

6. Ständige Verbesserung aktivieren

Der ständige Verbesserungsprozess wurde gezielt in Gang gesetzt und gesteuert, um damit die Versorgung der Mukoviszidose-Patienten/innen langfristig zu verbessern.

7. Datenanalyse

Das Auswertungsinstrumentarium für die Datenanalyse wurde in SPSS (Programmsystem zur statistischen Datenanalyse) entwickelt, eingesetzt und damit die Benchmarking-Ergebnisse abgeleitet.

Die Datendarstellung zu den einzelnen Qualitätsindikatoren der Ambulanzen erfolgt mit einer Altersunterteilung nach unter und ab 18-jährigen Patienten/innen, da die therapeutischen Regime deutlich differieren können. Zu ausgewählten Indikatoren ist zusätzlich eine geschlechtsspezifische Unterscheidung vorgenommen worden. Zu den einzelnen Qualitätsindikatoren existieren durch die mehr als zehnjährige Erfahrung aus der „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ etablierte festgelegte Referenzbereiche (Benchmarks). Das „Lernen von den Besten“ erfolgt anhand der Diskussion zu den besten Ergebnissen der identifizierten Ambulanz entsprechend dieser Referenzbereiche.

8. Projektmanagement / Monitoring

Es ist gelungen, in drei zeitlich aufeinanderfolgenden jährlichen Benchmarking-Zyklen von insgesamt 1.475 Patienten/innen Daten zu erfassen und auszuwerten, wobei von rund 70% dieser Patienten/innen aus allen drei Zeitabschnitten Daten vorliegen. Die restlichen rund 30% sind Patienten/innen, die die Ambulanz gewechselt haben oder neu dazugekommen sind.

Im Laufe der drei Benchmarking-Zyklen wurden die festgelegten Rahmenbedingungen und Definitionen zur Datenerhebung immer wieder bei den Projekttreffen diskutiert, überprüft und angepasst. Zusätzlich hat die Koordinationszentrale ein Monitoring implementiert, um zeitnah Rückmeldungen über die Datenlieferungen zu geben. Diese Arbeitsweise hat sich ebenfalls bewährt. Trotz des hohem Ausgangsniveau der Daten aller am Projekt beteiligten Mukoviszidose-Einrichtungen konnte das Gesamtniveau der Ergebnisse noch geringfügig gesteigert werden.

Best-Practice-Ansatz

Vorgehensweisen, Ergebnisse, Interpretationen und Maßnahmen

Die Ergebnisse der einzelnen Ambulanzen zu den verschiedenen Qualitätsindikatoren wurden anhand von Säulengrafiken intern deanonymisiert verglichen. Die Besonderheit des Mukoviszidose-Projektes ist dabei, dass Benchmarking von allen beteiligten Ambulanzen

nicht primär als „Ranking“ verstanden wird, sondern als Prozess der Analyse des Lernens von den Besten.

Im folgenden werden die Vorgehensweise und Wirksamkeit der Benchmarking-Methode mit exemplarisch ausgewählten Qualitätsindikatoren und deren abgeleiteten Maßnahmen gezeigt.

1. Beispiel zum Infektionsstatus Pseudomonas aeruginosa (PSA)

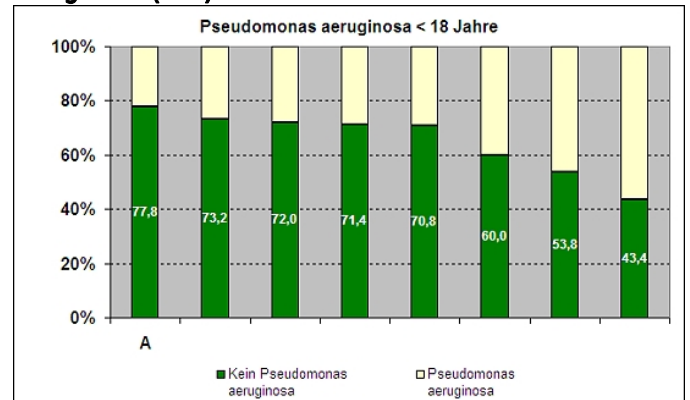


Abb.1: Infektionsstatus (PSA) < 18 Jahre des ersten Benchmarking-Zyklus (Jede Säule entspricht einer Ambulanz)

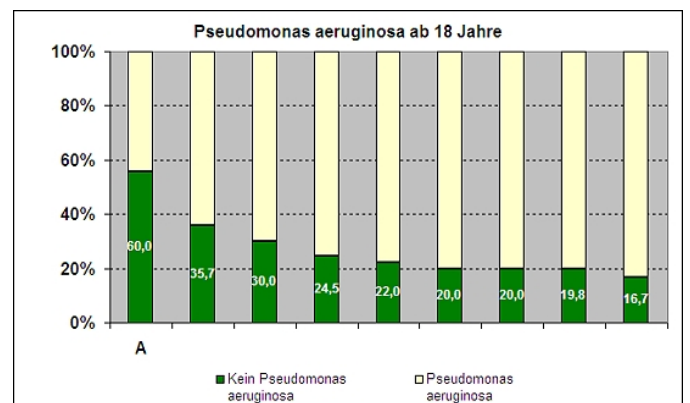


Abb.2: Infektionsstatus (PSA) ab 18 Jahre des ersten Benchmarking-Zyklus (Jede Säule entspricht einer Ambulanz)

Im Vergleich der Ambulanzen für die verschiedenen Altersgruppen fällt bei der Ergebnisbetrachtung der Infektion durch Pseudomonas aeruginosa (PSA) des ersten Benchmarking-Zyklus auf, dass in einer Ambulanz (A) sowohl bei den unter als auch bei den ab 18-jährigen Patienten/innen mehr als die Hälfte keine PSA-Infektion im betrachteten Zeitraum aufwiesen (= beste Ergebnisse). Anhand der Ergebnisse wurde das therapeutische Konzept dieser Ambulanz hinterfragt und diskutiert.

Entsprechend des PDCA-Zyklus und der Methode des Benchmarking wurden die Daten in jedem der folgenden Benchmarking-Zyklen gemessen, dargestellt, auf der Suche nach der „besten Vorgehensweise“ diskutiert und anschließend wiederum bewertet. Als eine Schlussfolgerung wurde für die PSA-Infektion festgelegt, die verschiedenen Antibiotikaschemata der Ambulanzen zu analysieren, um generelle Therapielösungen herausarbeiten zu können. Die Maßnahmen aller drei Benchmarking-Zyklen zum Qualitätsindikator PSA sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Maßnahmen (PSA)	Ziel	Status
Maßnahmen des ersten Benchmarking-Zyklus: <ul style="list-style-type: none"> Festlegung der PSA-Definition inkl. der notwendigen Bestimmungen für das Labor (Entwicklung und Verbreitung von Projektarten); gezielter Fokus auf die Umsetzung von Hygienemaßnahmen 	Vereinheitlichung der Datenerhebung zu PSA	erledigt
Maßnahmen des zweiten Benchmarking-Zyklus: <ul style="list-style-type: none"> Einsatz eines Therapiekalenders für die lückenlose Dokumentation der Therapien sowie die stärkere Einbindung der Patienten/innen; Erhebung der Ablaufdiagramme aller Ambulanzen für die PSA-Behandlung (flowchart) mit dem Schwerpunkt auf chronischen PSA gleichzeitig verbesserte Dokumentation der Antibiotikatherapien (Anpassung der Dokumentationssoftware 2.5); iv Therapiegaben entsprechend Antibiotogramm. 	lückenlose Dokumentation	ambulanz-spezifisch umgesetzt
Maßnahmen des dritten Benchmarking-Zyklus: <ul style="list-style-type: none"> Therapiedokumentation bei chronischem PSA verfeinern Sicherstellung der Einhaltung der Definition (Strategieanalyse) 	generelle Schemata für die Behandlung von chr. PSA herausarbeiten	in Arbeit

2. Beispiel zur Einsekundenkapazität der < 18-jährigen Patienten/innen

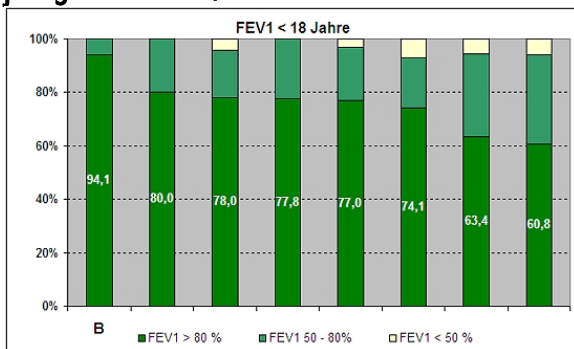


Abb.3: Einsekundenkapazität in % des Sollwertes (FEV1) < 18 Jahre des ersten Benchmarking-Zyklus (Jede Säule entspricht einer Ambulanz)

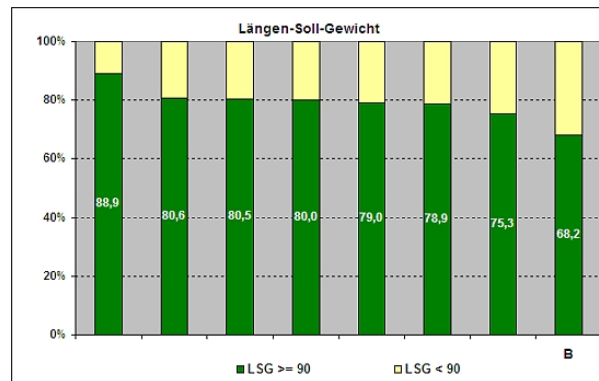


Abb.4: Längen-Soll-Gewicht (LSG) < 18 Jahre des ersten Benchmarking-Zyklus (Jede Säule entspricht einer Ambulanz)

Bei der Analyse der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren FEV1 (Abb.3) und LSG (Abb.4) der Patienten/innen unter 18 Jahre fiel auf, dass die Patienten/innen einer Ambulanz (B) im Vergleich mit den anderen Ambulanzen auffällig gute Ergebnisse bei den Lungenfunktionswerten (FEV1) erzielten, während dieselbe Ambulanz gleichzeitig die niedrigsten/schlechtesten Längen-Soll-Werte (LSG) aufwies. Diese Ergebnisse lösten eine intensive Diskussion hinsichtlich der Versorgung / Therapie zur Lungenfunktion und zum Entwicklungs- und Ernährungsstatus aus.

Es wurden u.a. folgende Maßnahmen für die Lungenfunktion abgeleitet:

Maßnahmen (FEV ₁)	Ziel	Status
Feststellung: Fokus / Strategie der „besten“ Ambulanz liegt in der vermehrten Motivation zur sportlichen Aktivität Maßnahme: <ul style="list-style-type: none"> Analyse zur sportlichen Aktivität und die Auswirkung auf die Lungenfunktion (umgesetzt und Hinweise auf Zusammenhänge gefunden) Gesprächsanpassungen und forcierte Motivation zur sportlichen Betätigung (bei 8 von 10 Ambulanzen umgesetzt) Spezielle Angebote zusammen mit der Sportmedizin entwickelt (in einer von 10 Ambulanzen) stärkere Einbindung der Krankengymnastik in den Behandlungsablauf (Spezial-Schulungsprogramm KG (2006) entwickelt mit Checkliste für Technikprüfung, Geräteprüfungen, Schulung der Betroffenen sowie des ambulanten Bereiches) 	Feststellung der Strategie Übertragung auf andere Ambulanzen anhand der umgesetzten Strategien	hinausgearbeitet umgesetzt, Ergebnisse erwartet

Des Weiteren wurde herausgearbeitet, dass ein stringentes und sofortiges Behandlungskonzept bei sich verschlechternden Lungenfunktionswerten angewendet und damit die Patienten/innen enger in den Behandlungsprozess eingebunden werden.

Globaler Erfolg

Vergleicht man die Mittelwerte zum LSG ≥ 90 über die drei Benchmarking-Zyklen hinweg, so ist eine Verbesserung vom LSG = 99,6 % (im ersten Benchmarking-Zyklus) auf einen LSG = 100,6 % (im dritten Benchmarking-Zyklus) erreicht worden. Beim Qualitätsindikator FEV1 $> 80\%$ der Patienten/innen unter 18 Jahre ist der Mittelwert von 92,7% des Normwertes (im ersten Benchmarking-Zyklus) auf 94,4% des Normwertes (im dritten Benchmarking-Zyklus) gesteigert worden.

Als weitere Betrachtungsebene wird für den Entwicklungs- und Ernährungsstatus das BMI-Ergebnis für den ersten Benchmarking-Zyklus exemplarisch herangezogen.

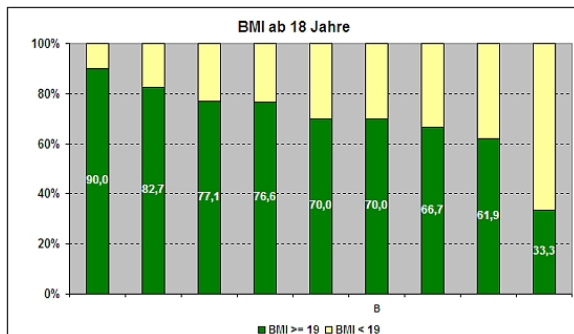


Abb.5: Body-Mass-Index (BMI) ab 18 Jahre des ersten Benchmarking-Zyklus (Jede Säule entspricht einer Ambulanz)

Spezieller Erfolg

Der Vergleich der Daten (Abb.4+5) zum Entwicklungs- und Ernährungsstatus der Kinder (LSG ≥ 90) und der Erwachsenen (BMI ≥ 19) der Ambulanz (B) über drei Benchmarking-Zyklen hinweg, so zeigt sich die Verbesserung der Werte und damit der Versorgung dieser Ambulanz durch eine Steigerung der Ernährungsberatung. Die LSG-Werte des ersten Benchmarking-Zyklus konnten bis zum dritten Benchmarking-Zyklus geringfügig gesteigert werden. Beim BMI hingegen ist bei der Ambulanz B eine Verbesserung von rund 4% zu verzeichnen.

Zum Entwicklungs- und Ernährungsstatus wurden u.a. folgende Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt:

Maßnahmen (LSG / BMI)	Ziel	Status
<p>Ausgangslage = gute Ergebnisse in allen Ambulanzen Die Ernährungsberatung ist in (6 von 10 Ambulanzen) schon immer gut strukturiert und vorhanden gewesen.</p> <p>Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> (3 von 10) Ambulanzen haben die Ernährungsberatung gesteigert (1 von 10) Ambulanz hat den Schwerpunkt in der Ernährungsberatung geändert, da auf Grund schlechter Ausgangswerte angenommen wurde, dass die Vorgehensweise kontraproduktiv sei (bessere Ergebnisse im dritten BM-Zyklus erkennbar) insgesamt ist die Betrachtung der Ernährungsberatung in Zusammenhang mit der Lungenfunktion kritischer/gezielter 	vorhandene Strategien überdenken bzw. erweitern /vermindern	erreicht

Die hier aufgezeigten Maßnahmen stellen einen Auszug aus dem erarbeiteten Maßnahmenkatalog des Benchmarking-Mukoviszidose-Projektes dar. Das Modellprojekt befindet sich aktuell in der Endphase des BMG-Förderzeitrahmens und endet offiziell am 31.12.2007. Da derzeit weitere Analysen und Auswertungen vorgenommen werden, finden Sie die entgültige Ergebnisdarstellung ab Frühjahr 2008 auf dieser Website.

Fazit und Ausblick

Die bisherigen positiven Ergebnisse und das Engagement der beteiligten Ambulanzen haben gezeigt, dass mit der Anwendung des Benchmarking-Prozesses eine neue zielgerichtete und erfolgversprechende Arbeitsweise in Organisation, Diagnostik und Therapie etabliert werden konnte.

Die Diskussion zu den Benchmarking-Ergebnisse und damit dem Herausfinden von Stärken hat den Prozess des Lernens voneinander angestoßen und das Qualitätsdenken enorm gesteigert. Es wurde die Aufmerksamkeit aller Benchmarking-Teilnehmer/innen sensibilisiert, gezielt auf interne Arbeitsabläufe, Strukturen und Prozesse zu schauen und dadurch Veränderungen und Anpassungen im Ablauf der Patientenversorgung vor zu nehmen.

Die bisherigen methodischen Erfahrungen, Maßnahmen und Ergebnisse sollen gesichert und weiterentwickelt werden. Die schon erfolgte Öffnung des Benchmarking-Projektes soll fortgesetzt werden und somit weitere Interessenten die Möglichkeit der aktiven Mitarbeit am Prozess des „Lernens von den Besten“ erhalten. Das übergeordnete Ziel ist, die Benchmarking-Ergebnisse und bewährten Maßnahmen zielgerichtet zu verbreiten. Damit

wird der Nutzen für das bundesweite Gesamtprojekt Mukoviszidose weiter erhöht und die flächendeckende Qualitätsverbesserung intensiviert und letztendlich beschleunigt.

Zukünftig werden verstärkt Verlaufsanalysen in den Benchmarking-Prozess eingebunden werden. Das themenbezogene Arbeiten an handlungsrelevanten Felder wird entlang der PDCA-Zyklus forciert. Zusätzlich sollen gezielte und geplante Hospitationen durchgeführt werden. Besonderer Wert wird auf die Einbindung der Patienten u.a. mittels der Lebensqualitätsbefragung gelegt und damit die Kundenorientierung und Patientenzufriedenheit optimal berücksichtigt.

Die Datendokumentation erfolgt routinemäßig und fortlaufend im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Mukoviszidose. Nach der Vorstellung der Ergebnisse des Benchmarking-Projektes im September 2007 haben sich nicht nur weitere motivierte Interessenten gemeldet, sondern es wurde Interesse bekundet, dieses Projekt weiterführend durch den Mukoviszidose e.V. zu fördern.

Besonderer Dank geht an dieser Stelle an alle am Modellprojekt beteiligten Mukoviszidose-Ambulanzen für Ihre aktive und offene Arbeitsweise.

„Benchmarking bedeutet, den Mut zu haben voneinander zu lernen und über den eigenen „Tellerrand“ hinauszuschauen.“

(aus: Siebert, G.; Kempf, S.: Benchmarking, Leitfaden für die Praxis, München 2002, 2. Aufl., S.14)

Fortführung Benchmarking Mukoviszidose

Die nachhaltige Fortführung des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen“ in den Jahren 2004–2007 wird seit dem 01.04.2008 durch den Mukoviszidose e.V. unterstützt. Die Ergebnisse des ersten Projektes waren Anlass und Motivation, das Thema Benchmarking auch weiterhin für die Verbesserung der Mukoviszidose-Patienten in Deutschland zu nutzen. Mit diesem Managementwerkzeug wurden bereits zahlreiche Maßnahmen

angestoßen und umgesetzt, die mit der Projektfortführung vertieft und weitergeführt werden sollen (siehe Abschlussbericht). Auf Grund der großen Nachfragen werden sich in den kommenden zwei Jahren bis 2010 nicht mehr zwölf, sondern insgesamt 23 Ambulanzen auf die Suche nach der besten Strategie begeben.

Projektteilnehmer:

Im zukünftigen Benchmarking-Projekt wird es eine Nord- und eine Südgruppe geben (siehe Grafik). Neben den bundesweit 22 CF-Ambulanzen beteiligt sich eine österreichische CF-Ambulanz aus Innsbruck.



Projektplan:

Der Mukoviszidose e.V. fördert das neue Benchmarking-Projekt für zwei Jahre im Zeitraum vom 01.04.2008 bis zum 31.03.2010. Die Überbrückung der Vorbereitungszeit vom 01.01.2008 bis zum 31.03.2008 hat das ZQ übernommen. **[Siehe Anlage A: Projektplan "Fortführung Benchmarking-Projekt"]**

Es werden zwei PDCA-Zyklen durchlaufen, in denen strukturierte Maßnahmen abgeleitet und gezielt umgesetzt werden. Entsprechend der Antragstellung und des aktuellen Projektplans werden in jedem Jahr drei Projekttreffen stattfinden. Diese setzen sich aus **einem** gemeinsamen Treffen beider Benchmarking-Gruppen sowie **je einem** Projekttreffen der beiden neuen Gruppen (Nord- vs. Südgruppe) zusammen.